

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

PSYCHOANALYTIC TREATMENT OF PERSONALITY DISORDERS

CRISTINA FERNÁNDEZ BELINCHÓN^a Y LAURA RODRÍGUEZ MOYA^a

^a Psicóloga Clínica. Centro de Atención Integral a Drogodependientes CAID Sur, de la Comunidad de Madrid
crisfeber@gmail.com

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández-Belinchón, C. y Rodríguez-Moya, L. (2013). Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad. [Psychoanalytic treatment of personality disorders]. *Acción Psicológica*, 10(1), 57-64.
<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7033>

Resumen

Desde el modelo psicoanalítico, los trastornos de personalidad han sido una categoría diagnóstica contemplada pero recientemente estudiada y elaborada. A nivel teórico, han sido ampliamente estudiados, sin embargo, en la práctica, y debido al encuadre del modelo al que nos estamos refiriendo, han sido pocos los autores que han estructurado un modo de tratamiento. En este trabajo nos centraremos en la teoría de estos cuadros psicopatológicos (desde los comienzos con Freud hasta la actualidad), en su evaluación y tratamiento, siguiendo, especialmente, a Otto Kernberg, quien ha sistematizado un modo de afrontar estos trastornos, al cual ha llamado «terapia expresiva».

Palabras Clave: trastorno de personalidad; Psicoanálisis; Otto Kernberg; terapia expresiva; escisión.

Abstract

From the psychoanalytic model, personality disorders have been referred to a diagnostic category but have been recently studied and

developed. At the theoretical level, have been extensively studied, however, in practice, due to the frame of the model to which we are referring, have been few authors who have structured a treatment mode.

In this paper we will focus on the theory of these psychopathological disorders (from the beginning with Freud to the present), in their evaluation and treatment, following, especially, Otto Kernberg, who has systematized a way to address these disorders, which has called «expressive therapy».

Keywords: personality disorder; psychoanalysis; Otto Kernberg; expressive therapy; splitting.

Introducción

Los trastornos de personalidad son cuadros psicopatológicos que continúan generando controversia entre los profesionales dedicados a la salud mental, desde su definición hasta su evaluación, diagnóstico o tratamiento. Se pueden encontrar hasta cuarenta términos diferentes de estos cuadros (Bergeret, 1974): psico-

Recibido: 03/09/2012

Aceptado: 22/10/2012

patía, desórdenes fronterizos, caracteropatía, neurosis de carácter, trastornos antisociales, personalidades perversas, personalidades como si, patologías límites o borderline, trastornos límites, trastornos narcisistas, etc. A lo largo de este trabajo emplearemos los dos términos más comunes dentro de la teoría psicoanalítica: trastornos de personalidad y psicopatías.

Según los diferentes modelos, encontramos múltiples definiciones. Entre las principales y más significativas tenemos la de Kurt Schneider (1974): «son aquellas personalidades que por su carácter sufren y/o hacen sufrir a los demás».

El padre del psicoanálisis, **Sigmund Freud**, estableció dos grandes categorías diagnósticas: neurosis y psicosis. Sin embargo, se valoró posteriormente la necesidad de contemplar un tercer cuadro, con características de ambos pero con diferente funcionamiento y estructura: los trastornos de personalidad. Ya Freud trabajó con pacientes que actualmente podrían encuadrarse dentro de esta categoría, pero que no diagnosticó como tales. Encontramos esto en su famoso caso clínico «El hombre de los lobos» (1914), conocido así por el sueño que el paciente tuvo aproximadamente a los 4 años. A este paciente el autor lo diagnostica de neurosis obsesiva de curación incompleta, pese a su autocrítica de no poder encuadrar su origen entre los «tipos de enfermedad neurótica», enfermando por una «frustración narcisista»; recordemos que la neurosis es una patología edípica.

Pese a no haber establecido esta categoría nosológica, se puede rastrear el concepto de psicopatía en las perversiones y su obra «Fetichismo» (1927), con la consideración de una actitud contradictoria: el fetiche para Freud es la repudiación y aceptación de la castración. La percepción de la imagen de la mujer castrada se ha conservado pero a la vez se ha puesto en marcha una acción para mantenerla repudiada o renegada, por lo que hay conflicto. En su obra póstuma, «Escisión del yo en el proceso de defensa» (1938) menciona la escisión del yo como el mecanismo para mantener separados estados afectivos contradictorios.

Actualmente, estos cuadros se han estudiado ampliamente desde los diferentes marcos teóricos dentro de la Psicología y la Psiquiatría actual. Se han considerado desde una perspectiva psicoanalítica, estudiando su etiología, desencadenantes, evaluación, tratamiento y pronóstico.

Uno de los autores que más ha estudiado los trastornos de personalidad, y sistematizado su evaluación y tratamiento, ha sido **Otto Kernberg**, autor austriaco y cuyo trabajo ha desarrollado en Nueva York. Ha intentado integrar la escuela kleiniana y la Psicología del Ego, siendo discípulo de Melanie Klein (iniciadora de la escuela de las relaciones objetales). Su «Teoría de las Relaciones Objetales Internalizadas» se basa en «la importancia de las más tempranas relaciones objetales internalizadas en la determinación de las vicisitudes del conflicto intrapsíquico y las relaciones psíquicas» (Kernberg, 1979).

También encontramos entre los autores principales a Kohut, contemporáneo de Kernberg y que ha elaborado su trabajo en Chicago. Sus trastornos narcisistas son similares a los trastornos fronterizos de Kernberg. Una de las diferencias básicas entre ambos autores es que el primero sí considera que pueda utilizarse el tratamiento psicoanalítico clásico en sus trastornos, mientras que el segundo elabora su propia forma de tratamiento, que veremos más adelante: la terapia expresiva. El mérito de Kohut ha sido instituir el narcisismo como una característica positiva dentro de la personalidad.

Durante el presente trabajo haremos una revisión al sistema diagnóstico y de tratamiento que realiza sobre las psicopatías. Nos centraremos en Kernberg, por ser el autor que ha sistematizado un método de evaluación y tratamiento de estas patologías, con pautas y claves para poder llevar a cabo un trabajo con estas patologías.

Sistema Teórico

Dentro de la teoría psicoanalítica, se clasifican los trastornos mentales en tres grandes categorías: psicosis, neurosis y psicopatías (tras-

tornos de personalidad, en la actualidad divididos en subtipos según diversas clasificaciones).

Existe acuerdo en afirmar que los desórdenes fronterizos tienen un Yo muy precario, una gran fragilidad psíquica que se traduce en sus trastornos de conducta y afectivos, en la separación de los objetos como totalmente buenos y totalmente malos, y en los acting-out tan frecuentes en este tipo de patologías. Además, existen características representativas de estos cuadros, como la impulsividad, la auto y heteroagresividad, la gran inestabilidad emocional, las dificultades interpersonales, una cierta perturbación sobre su identidad y la falta de flexibilidad en diversas áreas.

Desde el psicoanálisis clásico, se entienden los trastornos de personalidad como una falla en el logro de la triangularización edípica, es decir, las relaciones son duales, existiendo dos sujetos en la relación. Puede haber otras relaciones e individuos en sus vidas, pero se experimentan de manera separada y dual. El momento estructuralmente importante (no único) en la gestación de esta clase de patologías es la percepción de la diferencia sexual anatómica, y con ella el temor a la castración: el niño percibe que existe diferencia entre hombres y mujeres a nivel físico, lo cual le lleva a la aceptación y rechazo de ese contenido percibido sensorialmente (Bejahung/Verleugnung), aceptación de dos realidades incompatibles entre sí (existe y no existe dicha diferencia anatómica). Así, la escisión del yo se produce por el efecto de esos dos mecanismos opuestos y alternativamente utilizados.

Otro momento que se ha observado puede ser decisivo en la gestación de la estructura de este tipo de personalidades puede ser, como señala Volosín (1993), las fallas iniciales del vínculo con la madre. En la actualidad, y tras los estudios de Winnicott (1992) acerca de la importancia de esta etapa, se ha estudiado en profundidad las primeras relaciones del bebé con sus seres significativos, especialmente con la figura materna, aquella que deben contener y sostener (holding) al mismo en sus primeras experiencias, dotándolas de significado; hablamos de la madre «suficiente-

mente buena» de este autor. Como veremos, la escisión es el mecanismo principal de los trastornos de personalidad, y se puede producir en el proceso de separación de la madre, se escinde para evitar la angustia de no estructuración.

Para Freud este mecanismo defensivo básico que es la escisión consiste en una división en el seno yoico, en la conciencia. En palabras de Kernberg, existirían aspectos del yo «deparlamentalizados».

Para entender las psicopatías es necesario conocer cómo cualquier sujeto tiene procesos de internalización de las representaciones objeto externo, de las representaciones del sí mismo, y un afecto que acompaña a ambas representaciones. Es decir, todas las personas tenemos una imagen de todos los individuos que nos rodean, otra imagen de nosotros mismos, y una emoción que acompaña a los dos tipos de imágenes, respectivamente. Ello lo adquirimos durante el desarrollo evolutivo a través de las relaciones significativas, y se genera a través de los *sistemas de identificación*, que, del inferior al superior, serían los siguientes:

- Introyecciones: es pasar, de forma fantaseada, objetos y cualidades inherentes a determinados objetos del «afuera» al «adentro». Esto es, apropiarnos de sentimientos, comportamientos o actitudes de las personas significativas. No hay discriminación entre el sujeto y el objeto, tomando todo lo del mismo y sin ser consciente de que ello está ocurriendo.
- Identificaciones: es una forma superior de introyección, y se define como el proceso psicológico mediante el cual el sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro, y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste; de esta manera se constituye y diferencia la personalidad. En la identificación es necesario que exista un aumento de las capacidades cognitivas, así como una internalización de roles.
- Identidad del yo: es el nivel más alto en la división sujeto/objeto, e implica la organización de las identificaciones e introyecciones, bajo la función sintética

del yo. Implica la consolidación de las estructuras yoicas, relacionada con la continuidad del sí-mismo (percepción de identidad), la concepción global del mundo de los objetos, y el reconocimiento de esta coherencia en las interacciones, percibiendo a su vez el reconocimiento que le otorga el ambiente.

Para que los sistemas de identificación se alcancen de forma satisfactoria, es necesario que exista cierto grado de integración y desarrollo yoico y superyoico, lo cual depende a su vez de la medida en que la represión (mecanismo neurótico) y sus mecanismos afines hayan llegado a reemplazar a la escisión (mecanismo psicopático) y sus mecanismos afines.

Evaluación

Algo básico para el buen tratamiento y evolución del paciente es realizar un diagnóstico acertado del trastorno que presenta. No existe un único método de evaluación, ni entrevistas estructuradas, pero sí una serie de recomendaciones que Kernberg nos expone para poder realizar un diagnóstico certero. Primero, es importante establecer un buen clima durante la entrevista con el paciente, así como hacer uso de la observación de las conductas, respetando los ritmos de cada persona (también llamado *timing*) y su necesidad de hablar o establecer silencios. Prestar atención a las reacciones del mismo nos aporta información, y para ello se valora tanto la comunicación verbal como la no verbal. Comenzar con preguntas abiertas es esencial, dejando expresar al paciente sus síntomas, malestar, motivación para el tratamiento, sentimientos y pensamientos.

En concreto para los trastornos de personalidad, **Kernberg** ha desarrollado la «*entrevista estructural*» como medio de valoración y diagnóstico. Esta se centra en los síntomas, conflictos o dificultades del paciente, y los modos particulares en que los refleja en la interacción de aquí-y-ahora con el entrevistador. El objetivo de la entrevista es establecer el grado de integración de identidad (del sí mismo y las relaciones objetales, antes explicadas), el tipo

de operaciones defensivas y la prueba de realidad del paciente. Es una manera de estructurar el modo de evaluación de este tipo de patologías. Para ello, se utilizan ciertas técnicas:

- Clarificación: exploración de la información que el paciente ha proporcionado, evocando material consciente y pre-consciente sin imponerle un reto. Ello se realiza a través de preguntas, abiertas o cerradas, respecto a aquello que nos suscita dudas.
- Confrontación: presentar al paciente las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes, conjuntando el material consciente y pre-consciente que presentó por separado. Para ello es importante prestar atención tanto a la información verbal como no verbal, puesto que pueden existir incongruencias.
- Interpretación: establecer lazos entre el material consciente y pre-consciente, y las funciones o motivaciones inconscientes del aquí-y-ahora asumidas o bajo hipótesis. Se centra en ansiedades subyacentes y conflictos activados, y trata de resolver la naturaleza conflictiva del material presentado. Para poder utilizar esta técnica, hay que haber establecido previamente una buena alianza, para evitar rechazos o ausencias continuadas a citas.
- Interpretación de la Transferencia: Anna Freud (1961) define transferencia como «todos aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista, que no dependen de la situación analítica actual, sino que remontan en su origen a tempranas vinculaciones con el objeto, reavivadas durante el análisis bajo la influencia del impulso repetitivo». Es decir, durante la terapia, determinadas palabras, actitudes o del terapeuta puede recordar al paciente a lo acontecido en el pasado, y es importante poder analizarlo, ya que es una conducta inapropiada que refleja la reconstrucción de relaciones patogénicas y conflictivas con los demás significantes en el pasado del paciente.

En la primera fase de la entrevista se recomiendan preguntas abiertas, directas o indirectas, presentadas en secuencia, para permitir al paciente expresar el motivo que le ha traído a consulta, su malestar, su sintomatología, así como explorar la prueba de realidad, su conciencia de enfermedad y la necesidad de tratamiento, y la naturaleza realista o no de sus expectativas sobre el mismo. Se puede descartar patología psicótica si presenta de forma espontánea información sobre su biografía, sus cogniciones y sus afectos. En esta fase hay que investigar acerca de la difusión de la identidad, analizando qué dificultades tiene el paciente para hablar sobre él mismo como persona (quién es, qué relaciones mantiene con el exterior, etc.). La difusión de la identidad se representa clínicamente por un concepto pobremente integrado de sí mismo y otros significantes. Las imágenes buenas y malas de los objetos y del sí mismo no están integradas, la escisión lleva a cabo tal separación.

El terapeuta debe aclarar, al comienzo del tratamiento, las metas generales y los objetivos específicos del mismo, puesto que la psicoterapia es una labor conjunta entre paciente y terapeuta.

Respecto al tipo de operaciones defensivas, las personas con trastorno de personalidad pueden presentar operaciones defensivas primitivas: identificación proyectiva, escisión, negación, omnipotencia... Sin embargo, el mecanismo de defensa esencial de estos trastornos es la *escisión*: es un fenómeno utilizado por Freud para designar la coexistencia, dentro del yo, de dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior en cuanto ésta contraría una exigencia pulsional: una tiene en cuenta la realidad, la otra la reniega y la substituye por una producción del deseo.

Acerca de la escisión, Freud (1938) lo explica como el intento de satisfacer la realidad o la pulsión y reconocer el peligro de la misma. La escisión permitiría de este modo satisfacer la pulsión y a la vez mostrar a la realidad el debido respeto, pero el precio es un desgarrón en el yo que nunca se cura, sino que se profundiza con el paso del tiempo.

La escisión es por tanto una división en el seno yoico, manteniendo aspectos del Yo separados (dicotomizados) o, en palabras de Kernberg (1979), teniendo una vida psíquica «*departamentalizada*»: el objeto es totalmente bueno o totalmente malo. La función es mantener separados estados afectivos contradictorios y así proteger al sujeto de posibles ambivalencias y reconocimientos de emociones dolorosas. Por ello, señalar esos aspectos contradictorios durante la terapia puede provocar un aumento en la ansiedad del paciente.

Tratamiento

Tal y como apunta Volosín (1993), el vínculo es el centro de la psicoterapia. Comenzar por establecer una buena alianza terapéutica con el paciente es básico para obtener un clima de confianza y respeto, donde la palabra será la herramienta para la curación. El vínculo terapéutico se va desarrollando sesión a sesión, lo cual, en los trastornos fronterizos, tiene mayor relevancia que la regresión al pasado.

Para Anzieu (2010), el tratamiento cara a cara con el paciente permite dar importancia al contacto de la mirada y a las palabras del analista, que simbolizan, sustituyen y recrean los contactos táctiles sin que sea necesario recurrir concretamente a ellos: la realidad simbólica de intercambio es más operante que su realidad física. Pese a que no apoya el contacto físico directo con el paciente, recomienda el aproximar la mano a la piel de éste.

Dentro de la teoría psicoanalítica, desde sus inicios, ha sido motivo de discusión qué tipo de trastornos eran aptos para un psicoanálisis clásico. Freud en sus escritos hace referencia a las neurosis como prototipo de patologías a las cuales aplicar la cura tipo por él establecida, y basado en la transferencia, ya que entiende los síntomas como satisfacciones libidinosas sustitutivas («*Lección XXVII*»). Sin embargo, a la otra categoría diagnóstica, las psicosis, no se les podría aplicar dicha psicoterapia.

Cuando se empezaron a etiquetar y tratar las psicopatías, se comenzó a estudiar qué tipo

de tratamientos serían más recomendables. Kernberg distinguió entonces entre el psicoanálisis, la *psicoterapia de expresión* y la psicoterapia de apoyo, situando en la segunda el método apropiado para el tratamiento de los trastornos de personalidad.

Las cuatro diferencias básicas entre la técnica psicoanalítica clásica y la terapia de expresión que el autor propone son:

- La existencia o no de diván: en la terapia de expresión no se utiliza, por las propias características de los pacientes.
- Reducir los días semanales de terapia: de seis días que estipula el psicoanálisis clásico, a tres o uno de la terapia de expresión.
- Introducción de contención hospitalaria para pacientes con trastornos de personalidad, debido a la necesidad de un encuadre más contenedor, evitando autolesiones o heteroagresividad.
- Situar el marco en el aquí y ahora, no basándose en la infancia tanto como en un psicoanálisis clásico: las interpretaciones relacionadas con la historia biográfica se recomiendan cuando la terapia ya se encuentre avanzada.

La *psicoterapia de apoyo* a su vez no usa la interpretación, parcialmente utiliza la clarificación y abreación, y principalmente emplea la sugestión y la intervención ambiental, eliminando la neutralidad analítica; y no interpreta la transferencia. La frecuencia de las sesiones es menor, siendo semanales o quincenales, y el terapeuta deberá relacionar de forma activa los contenidos de una sesión con otra. Al explorar activamente la vida del paciente, se pueden observar los mecanismos primitivos de defensa, y cuestionar las incongruencias detectadas o la falta de información. La técnica básica consiste en explorar las defensas primitivas del paciente en el aquí-y-ahora, con el objetivo de ayudarlo a lograr el control sobre sus efectos y mejorar su adaptación a la realidad. Kernberg sitúa esta modalidad como ideal para una intervención en crisis, pero afirma que debe usarse con trastornos de personalidad solo cuando la psicoterapia de expresión

está contraindicada (inteligencia baja, drogodependencias sin control, intentos autolíticos continuos, etc.).

Las principales técnicas de la terapia de expresión son la clarificación y la interpretación. La terapia de expresión mantiene la neutralidad analítica de la técnica clásica, así como el análisis de la transferencia. Sin embargo, ésta se centra en la gravedad del acting-out y en las perturbaciones de la realidad externa.

Para Kernberg, los tres **elementos** esenciales **técnicos** de la terapia de expresión son los siguientes:

- Interpretación: es una técnica fundamental con pacientes límite. Se contraindican la sugestión y la manipulación (excepto cuando el potencial de un grave acting-out del paciente requiere estructurar su vida externa). Estos pacientes son capaces de comprender e integrar los comentarios interpretativos del terapeuta, particularmente si sus distorsiones de los mismos se examinan y se interpretan a la vez (Frosch, 1970).
- Neutralidad técnica: esta técnica no excluye la empatía, aptitud necesaria para la comprensión de cualquier tipo de patología. Incluye la conciencia emocional de la experiencia del paciente y la capacidad para empatizar con lo que el mismo no puede tolerar de él, incluyendo la integración, a nivel cognoscitivo y emocional, de lo que está escindido. La neutralidad significa conservar una distancia equitativa de las fuerzas que determinan los conflictos intrapsíquicos del paciente.
- Análisis de la transferencia: es necesaria una atención constante a la realidad inmediata del paciente, así como ayudarlo a integrar las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales. No se analiza la transferencia como en las patologías neuróticas, en las cuales se interpreta y reconstruye en base a relaciones genéticas pasadas y totales, sino que se elabora únicamente en el presente, puesto que hay una deficiente diferenciación del concepto de sí mismo

y una falta de diferenciación e individuación de los objetos, lo que impide que estos pacientes diferencien las relaciones objetales presentes de las pasadas, confundiendo transferencia y realidad y no discriminando al analista del objeto transferencial. Debe interpretarse en forma intemporal de «como si», y, en patología grave, se interpretan las defensas para mejorar el funcionamiento del yo y transformar y resolver las transferencias primitivas.

Además, se deben establecer límites para evitar un acting-out en la transferencia, con una estructuración suficiente de la vida del paciente fuera de sesión para proteger la neutralidad del terapeuta.

Es indispensable además que las interpretaciones se basen en un marco de realidad compartido por paciente y terapeuta, es decir, dentro de un buen clima (basado en el encuadre que se haya realizado) el primero tiene que estar de acuerdo con las interpretaciones del terapeuta, y formar parte de su propia realidad.

De cara al pronóstico, la presencia de rasgos antisociales en el paciente y la calidad de las relaciones objetales son importantes (relaciones interpersonales), y las reacciones terapéuticas negativas tienen implicaciones negativas significativas. Estas reacciones pueden venir por una interpretación inadecuada o temprana, o por una transferencia hacia el terapeuta negativa y no trabajada.

En conclusión, los trastornos de personalidad son psicopatologías con una estructura diferente a las clasificaciones clásicas de neurosis y psicosis, que es importante conocer, así como las posibilidades de evaluación y tratamiento. Lo esencial es establecer una buena alianza terapéutica, así como tener presente que pueden producirse cambios y conductas no previstas en el paciente debido a esa inestabilidad que presentan. Por ello, y como señalan los diferentes autores y la práctica clínica, es importante establecer un encuadre y unos límites adecuados desde el principio.

Referencias

- Anzieu, D. (2010). *El yo-piel [The Skin Ego]*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Bergeret, J. (1974). *Manual de Psicología Patológica [Pathological Psychology]*. Barcelona, España: Toray Mason.
- Caparrós, N. (1978). Psicopatología Vincular: las psicopatías [Psychopatology Link: The Psychopathy]. *Clínica y Análisis Grupal*, 9, 28-38.
- Freud, A. (1961). *El Yo y los Mecanismos de Defensa [The Ego and the Mechanism of Defense]*. Barcelona, España: Paidós.
- Freud, S. (1914-1918). *Historia de una neurosis infantil* (caso del “hombre de los lobos”) [*The history of an infantil neurosis (wolf man)*]. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915-1917). *Lecciones Introductorias al Psicoanálisis [Introductory lectures on psychoanalysis]*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1927). *Fetichismo [Fetishism]*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1938-1940). *La Escisión del Yo en el proceso de Defensa [The splitting of the Ego in the process of defence]*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Frosch, J. (1970). Psychoanalytic considerations of the psychotic character. *American Psychoanalytic Association*, 18, 24-50.
- García de la Hoz, A. (2004). *Teoría Psicoanalítica [Psychoanalytic theory]*. Madrid: Quipú / Biblioteca Nueva.
- Kernberg, O. F. (1979). *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico [The object relations theory and clinical psychoanalysis]*. Buenos Aires, España: Paidós.
- Kernberg, O. F. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad [Severe personality disorders]*. México: Manual Moderno.
- Kernberg, O. F. (1979). *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico [Borderline conditions and pathological narcissism]*. Barcelona, España: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2010). *Diccionario de Psicoanálisis [The language of psychoanalysis]*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Martínez, M. (1997). Personalidad borderline y núcleo confuso [Borderline personality and confused nucleus]. *Clínica y Análisis Grupal*, 19(1), 71-84.
- Schneider, K. (1974). Las personalidades psicopáticas [*Psychopathic personalities*]. Madrid, España: Morata.
- Volosín, S. (1993). Los pacientes fronterizos: Frontera de Encuentro de distintos Proyectos Terapéuticos [*Borderline patients: different therapeutic projects*]. *Clínica y Análisis Grupal*, 15(3), 419-427.
- Winnicott, D. (1992). Sostén e interpretación [*Holding and interpretation*]. Buenos Aires, Argentina: Paidós.